

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

N°
423

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

DUBOURG François

né le 17 février 1926

à Paris XVe

Présentée et soutenue publiquement le

1955

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DES TUBERCULOSES
GANGLIONNAIRES EXTERNES. RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT
PAR LA CORTISONE ET L'HYDROCORTISONE.

Président : M. Julien MARIE, Professeur

DACTYLOGRAPHIE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

N°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par
DUBOURG François
né le 17 février 1926
à Paris XVe

Présentée et soutenue publiquement le 1955

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DES TUBERCULOSES
GANGLIONNAIRES EXTERNES. RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT
PAR LA CORTISONE ET L'HYDROCORTISONE.

Président : M. Julien MARJE, Professeur

Dactylographiée



DOYEN HONORAIRE :
M. BAUDOUIN

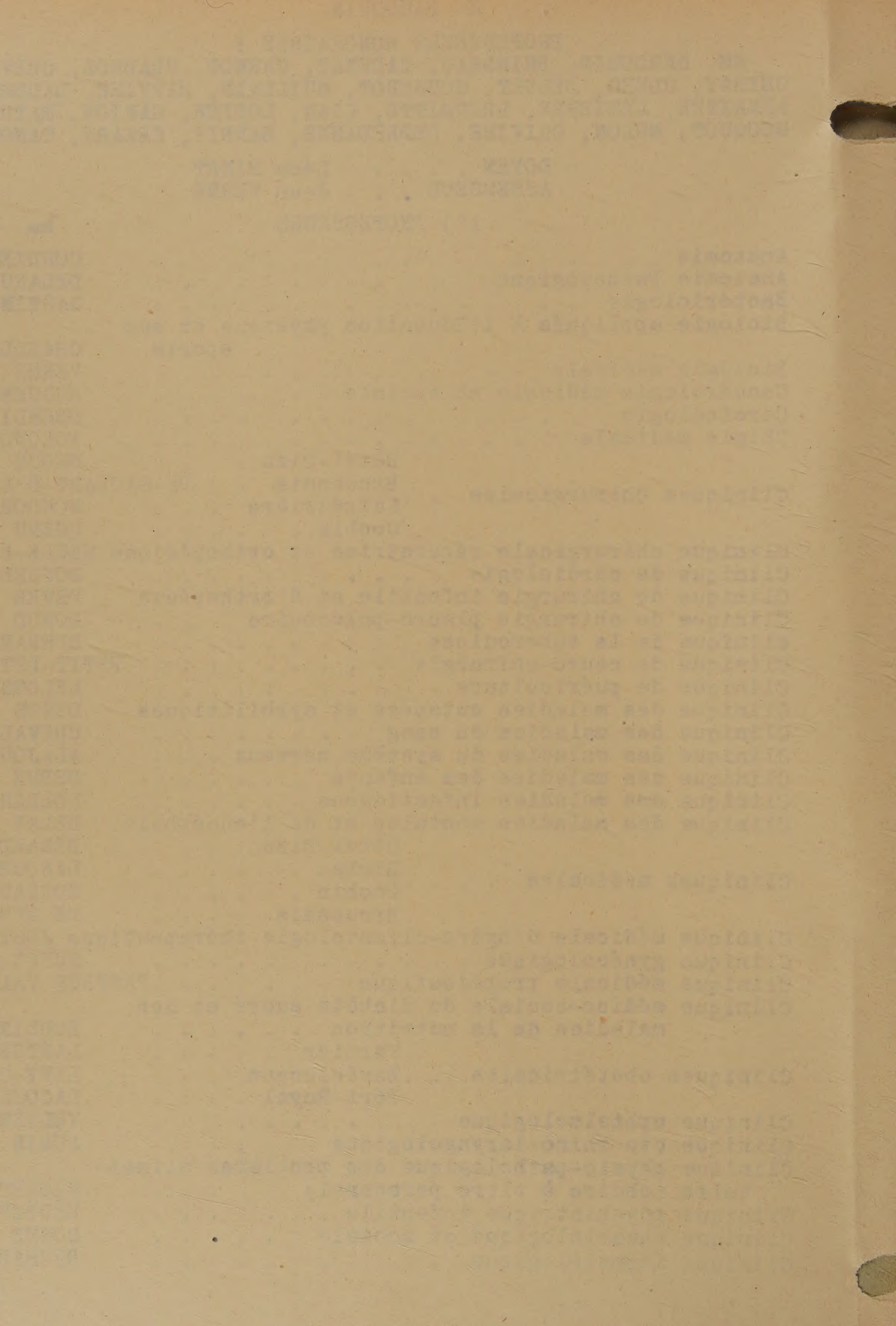
PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU,
CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT, GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY,
LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU,
MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
ASSESEUR Jean VERNE

1°) PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie Pathologique	DELARUE (A)
Bactériologie	GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	VERNE (J)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R)
Carcinologie	OBERLING (C)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M)
Hôtel-Dieu	BROCC (P)
Broussais	DE-GAUDART-D'ALLAINES (P)
Cliniques Chirurgicales	MONDOR (H.)
Salpêtrière	QUENU (J)
Cochin	MERLE-D'AUBIGNE (R)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	DONZELOT (E.)
Clinique de cardiologie	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	MONOD (R)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	BERNARD (E)
clinique de la tuberculose	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de neuro-chirurgie	LELONG (M)
Clinique de puériculture	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du sang	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies du système nerveux	DEBRE (R)
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET (P)
Clinique des maladies infectieuses	DELAY (J)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	BENARD (H)
Hôtel-Dieu	LAROCHE (G)
Bichat	MOREAU (R)
Cochin	DE GENNES (L)
Broussais	JUSTIN-BESANCON
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	FUNCE-BRENTANO
Clinique gynécologique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médicale propédeutique	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R)
Tarnier	LANTUEJOUL (P)
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL (E)
Baudelocque	LACOMME (M)
Port-Royal	VELTER (E)
Clinique ophtalmologique	AUBIN (A)
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHEL (C)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F)
Clinique Stomatologique	DECHAUME (M)



Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Embryologie	GIROUD (A)
Génétique	LAMY (M)
Histoire de la médecine et de la chirurgie . .	MOUQUIN (M)
Histologie	CHAMPY (C)
Hygiène et clinique de la première enfance .	CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale .	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J)
Pédiatrie Sociale	MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A)
Physiologie	BINET (L)
Physique médicale	STROHL (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P)
Thérapeutique	TURTIN (R)

2°) PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.	:		MM.
Anatomie	(DEBEYRE (J)	:		(HUGUIER (J)
	(DELMAS (A)	:		(LAURENCE (G)
	(N...	:		(LEGER (L)
	(Gauthier-VILLARS	:		(LORTAT-JACOB
Anatomie patho-	(Melle P. Pr.s.ch.	:	Pathologie	(OLIVIER (C)
logique.....	(BUSSE (F)	:	Chirurgicale	(PADOVANI (P)
	(GOUYGOU (C)	:		(POILLEUX (M)
	(FASQUELLE (R)	:		(ROUX (M)
Bactériologie . .	(NEVOT (A)	:		(RUDLER (JC)
		:		(VERNE (JM)
Biologie Médicale	BOURLIERE (F)	:	Pathologie expé.	N...
	(ETTORI (J) Pr.s.ch	:		(BERNARD (J)
Chimie médicale .	(JAYLE (MF) Pr.s.ch	:		(BOUDIN (G)
	(SCHAPIRA (G)	:		(CASTAIGNE (P)
Dermato-Syphili-	DUPERRAT (F)	:		(Conte (M)
graphie		:		(DECOURT (J)
	(BULLIARD (H)	:		(DOMART (A)
Histologie . . .	(COUJARD (R)	:		(DREYFUS (G)
	(N...	:		(FAUVERT (R)
		:	Pathologie	(HAMBURGER (J)
Hydrologie . . .	DEBRAY (C)	:	Médicale	(KOURILSKY (R)
	(BOYER (J)	:		(LAMOTTE (M)
Hygiène	(DEFARIS (M)	:		(LAROCHÉ (C)
		:		(MILLIEZ (P)
	(DEROBERT (L)	:		(FERGIGNOT (M)
Médecine légale	(GAULTIER (F)	:		(FERRAULT (M)
du Travail	(HABENGUE (A)	:		(PAUBERT (P)
		:		(THERREY (S+)

Neurochirurgie . . .	MM. DAVID (M)	:		MM. (JOSEPH (R)
Neurologie	SEZE (S. de)	:	Pédiatrie	(LAPLANE (R)
	(GRASSET (J)	:		(N...
	(LEPAGE (F)	:		(LEVY (Melle)
	(MAYER (M)	:	Pharmacologie . .	(CHEYMOL (JH)
Obstétrique . . .	(MERGER (R)	:		(BARGETON (D)
	(MORIN (P)	:	Physiologie . . .	(PARROT (JL)
	(RAVINA (J)	:		(DJOURNO (A)
	(VARANGOT (J)	:	Physique médicale	(GOUGEROT (L)
Ophtalmologie . .	(OFFRET (G)	:		
	(DESVIGNES (P)	:	Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Orthopédie	JUDET (R)	:	Psychiatrie infantile	MICHAUX (L)
	(HALPHEN (E)	:		
Oto-rhino-laryngo-	(AUBRY (M)	:	Stomatologie . . .	(GERNEA (F)
logie	(MADURO (R)	:		(CHAPUT (Mme)
	(BRUMPT (L)	:	Thérapeutique . .	FERRAULT
Parasitologie . . .	(CHABAUD (A)	:	Urologie	KUSS (R)
	(ABOULKER (P)	:		
Pathologie Chirur-	(BAUMANN (J)	:		
gicale.	(GOSSET (J)	:		

3°) PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique Chirurgicale), LE LORIER (V), (Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique)

4°) PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.	:	MM.
Clinique	(AMELINE (A)	:	(HAGUENAU (M)
Chirurgicale . . .	(PATEL (J)	:	Clinique médicale (MARCHAL (G)
	(SICARD (A)	:	(SOULIE (E)
	(BROUET (G)	:	Clinique obsté-
Clinique médicale.	(CACHERA (R)	:	tricale
		:	Clinique Ophtalmo-
		:	logique
		:	RENARD (G)
		:	Clinique urologique
		:	COUVELAIRE

Secrétaire général de la Faculté MOREL (J)
Secrétaire Melle CHAINTREUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction Docteur HAHN (A)
Conservateur Melle GOICHON
(Melles DUMAITRE (P), LE NOIR (G)
Bibliothécaires (METIN (F), QUIEVREUX (E)

A Monsieur le Professeur Julien MARIE

Professeur de la chaire de Pédiatrie Sociale

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse. Hommage de ma respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean BERNARD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu me confier ce travail. Qu'il
trouve ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A mes maîtres des Hôpitaux

A mes maîtres d'internat de l'Hôpital Saint-Caville

Les Docteurs BRILLARD et ROISIN

Les Docteurs LEGRAND et GIRAULD

qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde
gratitude pour l'enseignement qu'ils m'ont prodigué et
la bienveillante sympathie qu'ils m'ont témoignée.

A mes Parents

avec la profonde affection et le reconnaissance

A ma Femme

Témoignant de mon amour et de ma gratitude pour
l'aide qu'elle m'a apportée dans ce travail.

A mes Beauv-Parents

A toute ma famille

A mes amis.

INTRODUCTION

Connue dès l'Antiquité, la tuberculose ganglionnaire externe a une histoire thérapeutique des plus colorées. Les porteurs d' "écouelles", reliquat inesthétique de l'évolution spontanée de cette affection, n'eurent pour tout espoir, pendant plus de six siècles, que celui d'être admis auprès du souverain régnant qui comptait au nombre de ses privilèges celui de pouvoir guérir ces écouelles par imposition des mains. Cette thérapeutique semble avoir connu une faveur indiscutable, certains monarques ayant vu affluer, aux dires des chroniqueurs, plus de dix mille malades par an.

Ce n'est qu'au milieu du siècle dernier que médecins et chirurgiens commencèrent à en préciser le diagnostic et le traitement, et, bien que rencontrée aujourd'hui avec moins de fréquence, la tuberculose ganglionnaire externe reste du domaine de la pratique médicale courante et soulève encore de nombreuses difficultés.

Nous n'envisagerons ici que les problèmes thérapeutiques en rappelant en premier lieu les différentes méthodes de traitement utilisées avant l'ère des antibiotiques spécifiques, et nous analyserons en second lieu les résultats obtenus par ceux-ci. Dans une troisième partie nous étudierons l'apport thérapeutique nouveau que constitue

l'usage de la cortisone et de l'hydrocortisone en
exposant et discutant les observations de quinze cas
traités depuis un an environ par cette méthode dans le
service de Monsieur le Professeur Jean Bernard.

o o o o / o o o o

I. LES THERAPEUTIQUES CLASSIQUES

Le traitement médical comporte de nombreux éléments qui restent valables encore aujourd'hui et il est bon, en particulier, de respecter certaines règles d'hygiène, tel est le cas au repos du sujet atteint, repos tant physique qu'intellectuel et psychique. L'alimentation devra être substantielle, comportant un apport calorique et vitaminique équilibré, et nous rappellerons à ce sujet le rôle certain que jouent les carences alimentaires dans la genèse des adénites tuberculeuses. Une récrudescente, très nette, a été observée en effet au cours des années de restrictions qui ont accompagné la seconde guerre mondiale. (Brunel)

La climatothérapie a connu, et connaît encore, de nombreux succès thérapeutiques qui ont motivé l'établissement de nombreux centres de traitement. Ceux-ci ont d'abord été installés, au début du siècle, dans des stations thermales, les formes torpides et ulcérées bénéficiant des eaux sulfureuses, les formes hypertrophiques étant justiciables des eaux arsenicales. Actuellement les cures hydrominérales ont laissé place aux centres hélios-marins établis le long du littoral de la Manche, de l'Atlantique ou de la Méditerranée.

On retiendra dans le choix de ceux-ci, que l'efficacité de la cure semble tenir davantage aux conditions de la cure

marine qu'à l'héliothérapie, des guérisons plus rapides et plus nombreuses étant notées, à Berck en particulier, au cours de l'hiver, où les malades sont exposés aux vents violents et aux embruns.

Avant la découverte et l'application des antibiotiques, de nombreux traitements médicamenteux ont été préconisés et parmi ceux-ci nous ne ferons que rappeler les préparations iodées, les préparations arsenicales telles la liqueur de Fowler, l'arrhénal, les préparations à base de sels d'or, L'huile de foie de morue, puis les produits à base de cholestérol irradié ont servi d'adjuvant aux cures climatiques ou physiothérapiques.

Certaines méthodes vaccinothérapiques connurent également une certaine faveur, tel l'emploi de l'antigène méthylique le vaccin de Vaudremer, l'allergine de Jousset, la tuberculinothérapie difficilement maniable.

En dehors de ces méthodes aujourd'hui abandonnées, il faut rappeler l'emploi plus récent de deux produits dont l'activité mérite une étude plus approfondie.

L'huile de Chaulmoogra, employée depuis longtemps dans le traitement de la lèpre, a été appliquée à celui de la tuberculose ganglionnaire externe en raison de la similitude entre le bacille de Hansen et le bacille de Koch, et par son action "in vitro" confirmée dès 1930 par les travaux de Walker et Sweeny. Son utilisation en clinique

humaine, après de nombreuses opérations chirurgicales visant à rendre l'huile naturelle résorbable et atoxique, semble avoir retrouvé sa valeur depuis l'apparition de la streptomycine. Celle-ci en effet s'oppose à la dissémination du bacille de Koch dont la sensibilité vis-à-vis de la streptomycine se trouve considérablement augmentée par l'action lytique de l'huile de Chauliogra sur la capsule protectrice du bacille. Par ailleurs, la streptomycino-résistance semble très diminuée par l'association des deux produits. Facilement applicable, en injections intra-musculaires, bien tolérée dans la plupart des cas, cette thérapeutique semble avoir donné de bons résultats dans de nombreux cas observés en Tunisie par J. Sallard dans sa thèse de 1952.

L'emploi de l'ypérite à l'azote, ou moutarde à l'azote, a fait l'objet également de nombreux travaux réalisés, en France en particulier, par le Professeur Chevallier. Dérivé chloré de la triéthanolamine, la moutarde à l'azote possède une action cytotoxique marquée sur les tissus en prolifération, se rapprochant de l'action caryolitique des rayons X. Son application en clinique humaine pose quelques difficultés, car ce produit, très actif et irritant pour les tissus, ne peut être administré que par voie strictement endo-veineuse, par l'intermédiaire d'une perfusion de sérum, posée au préalable. De plus, son

activité cytolytique est à l'origine d'actions multiples
qui peuvent être groupées en deux : d'une part, les actions
locales, d'autre part, les actions générales. Les actions
locales sont la conséquence directe de l'application
de la formule sanguine, et les actions générales sont
la conséquence de l'absorption de la formule sanguine
par les lymphatiques et la circulation générale. Les
actions locales justifient une application prolongée de la
formule sanguine.

Cette méthode de traitement semble avoir donné de bons
résultats dans les formes graves purpuraeuses, et dans
les formes accompagnées d'une importante réaction péri-angioléucocytaire, l'action
anti-inflammatoire et stimulante du système réticulo-
endothélial de la rate et à l'égard des cellules
ici son meilleur champ d'action.

A côté du traitement médical que nous venons de rappeler
dans ses grandes lignes, il nous faut étudier maintenant
les méthodes physiothérapiques qui ont donné lieu à de
nombreux travaux et à de nombreux succès thérapeutiques.
Nous citerons essentiellement la Röntgénéthérapie et
l'utilisation des rayons ultra-violets en insistant tout
d'abord sur le fait que ces méthodes ne sont pas à
opposer, le traitement par ultra-violets coïncidant le
plus souvent le traitement radiothérapique.
En effet, les modes d'action de ces deux méthodes sont

très différents : les rayons γ ne possèdent pas d'action propre sur le bacille de Koch lui-même et semblent agir par modification du milieu où vivent les bacilles modifiant ainsi des caractères bio-chimiques des tissus influençant la vie propre des bacilles, augmentation de la phagocytose favorisant leur élimination, action cytolytique intense détruisant le tissu lymphoïde et faisant place à l'apparition de larges travées fibreuses sclérosant le ganglion dans son ensemble.

Les rayons ultra-violet, au contraire, possèdent "in vitro" une action bactéricide sur le bacille de Koch et augmentent, de façon plus générale, le métabolisme cellulaire. Mais, en clinique humaine, l'emploi des radiations ultraviolettes se limite aux radiations dites moyennes, dont

les longueurs d'onde sont comprises entre 0,315 et 0,400, correspondant aux rayons actifs de la lumière visible. Or, à ces longueurs d'onde, les rayons ultraviolets ont une pénétration très restreinte dans l'organisme, se limitant classiquement à la surface de la peau, et l'action obtenue n'est que très générale, se traduisant dans les cas favorables par une amélioration sensible de l'état général des porteurs d'adénopathies tuberculeuses.

De nombreuses critiques ont jeté le discrédit sur le traitement de celles-ci par les rayons γ en particulier,

[illegible]

de fistulisation il est indispensable de pratiquer au préalable l'évacuation du ganglion.

Appliqué dans ces conditions, le traitement radiodermique consiste à porter des doses de 20 à 30 rads sur les bras et

poignets selon 20 séances triales et 21 améliorations

indiscutables. Voici les résultats de guérisons sur 17 cas

traités dans et dans un cas de guérisons sur 17 cas.

Il est à noter enfin que l'efficacité du traitement

radiodermique peut être améliorée après quelques séances

les lésions de radiodermite par l'usage de la

susceptibles de s'améliorer par la suite.

Le traitement radiodermique est ainsi devenu réalisable par

l'usage de la radiodermite et de la dose radiodermique

la dose de 20 rads est la dose efficace, à moins

des alternances de faveur et de défaveur plus ou moins

passagères. Les résultats obtenus, en particulier, se

rapportent à la radiodermite de la radiodermite ganglionnaire

et à la radiodermite de la radiodermite ganglionnaire

et à la radiodermite de la radiodermite ganglionnaire

fréquence de lésions nerveuses portant en particulier

sur la branche sous-maxillaire du nerf facial, l'observa-

tion fréquente de récidives ganglionnaires, et, surtout,

le risque de radiodermite ganglionnaire ganglionnaire à

partir du foyer d'intervention.

Ces dernières années ont vu un nouveau regain de la thérapeutique chirurgicale qui reste la méthode de choix pour les tumeurs malignes qui ont pris les formes encore les moins évoluées de l'abcès ; ainsi ainsi que le Baile, Johnson et Smith nous conseillent l'extirpation des ganglions lymphatiques du groupe de ganglions axillaires après une incision elliptique curiale et transversale, ou, dans certains cas, une extirpation plus large et définitive de tout les ganglions palpables et situés dans l'axe principal d'extension des chaînes lymphatiques axillaires. Cette extirpation devra être pratiquée avec une attention particulière à l'excellente qualité pour éviter les complications locales des vaisseaux du bras, et la douleur post-opératoire sera réduite par l'emploi de la technique appropriée des anesthésiques locaux. Le type de tumeur de l'intervention varie selon les auteurs mais le plan est pratiquement toujours l'extirpation du ganglion ou du groupe de ganglions, ou bien la résection partielle d'une chaîne axillaire. Johnson et Smith pratiquant l'extirpation des ganglions lymphatiques par une incision elliptique englobant la tumeur et les tissus qui l'entourent, et semblent avoir obtenu de bons résultats. Tous les auteurs

répondant à l'attente des antibiotiques spécifiques
utilisés à la période pré-opératoire et post-opératoire.
Les résultats obtenus, les critiques rappelées plus haut
exigent pour de leur succès, mais il reste cependant
la possibilité de constitution de micro-organismes opportunistes
et surtout la possibilité qui ne permet pas d'attribuer
la suprématie absolue de ce traitement.

Il nous faut résumer par ailleurs la tendance quasi-
générale chez les auteurs anglo-saxons à considérer
l'abaissement des enzymes et des sérologies comme des
signes évolutifs à pratiquer avant le traitement chirur-
gical. Ceci semble résulter du fait que les auteurs
considèrent que dans les localisations cervicales la
perte d'enzymes principale est réalisée par une lésion
myélique (de 5 à 10 % pour Fayle ; 10 à 20 %
pour 5 à 10 % de lésion ; 10 à 20 %). Certains praticiens suivent
et allongent les périodes de traitement antiseptique comme
pour le traitement des arthrites cervicales (surtout)
c'est ainsi que Van Hest et Weder rapportent une
statistique portant sur 100 cas de lésions cervicales entre 1940
et 1950, et, en particulier, 14 cas traités par cette seule
méthode ont eu quelques guérisons complètes et quelques
améliorations très sensibles.

Sans entrer dans une discussion pathogénique qui ne
traite pas de nous le problème il semble qu'il ne

ne faut pas recommander de façon systématique l'ablation des amygdales et des adénoïdes, celle-ci n'étant à pratiquer que lorsqu'une infection indiscutable de ces organes semble devoir être un facteur de surinfection de l'adénite, ou le "point d'appel" d'une récurrence ganglionnaire.

En dehors de l'excision, on peut rattacher au traitement chirurgical certaines pratiques telles le géton qui réalise un drainage filiforme d'un ganglion ramolli ou fluctuant et qui a l'avantage de ne pas laisser de cicatrice.

Un autre but est celui de la ponction aspiratrice réalisée classiquement en un point non déclivé et en peau saine, et qui peut être suivie de l'injection intra-ganglionnaire d'une solution modificatrice. Cette méthode, déjà préconisée par Luton en 1872 a vu employer tout à tour de nombreux produits : liqueur de Fowler (Reclus), papaine (Bouchut), naphтол camphré (Calot), éther iodoformé (Brocco et Verneuil), tous abandonnés aujourd'hui.

Le curettage après incision de l'adénite, enfin, reste à condamner, non seulement devant l'insuffisance de l'extirpation de la substance ganglionnaire caséifiée, mais surtout devant le danger de blessure d'éléments vasculaires, telle la veine jugulaire, et le risque de dissémination à partir du ganglion ainsi traité.

Pour notre part, nous préférons l'évacuation du ganglion ramolli par expression de celui-ci après incision franche au vaccinostyle.

II. LE TRAITEMENT PAR LES ANTIBIOTIQUES SPECIFIQUES

L'apparition successive, au cours de ces dernières années de nombreux antibiotiques à activité spécifiquement antituberculeuse et leur succès dans les diverses manifestations de la maladie tuberculeuse, ont fait espérer une solution thérapeutique rapide et efficace de la tuberculose ganglionnaire externe. Il semble, après quelques années de recul et de nombreuses études portant sur l'utilisation de ces antibiotiques, que, là encore, on ne puisse affirmer la supériorité de ce traitement sur ceux appliqués jusqu'alors.

La streptomycine, en premier lieu, employée par voie générale, a donné lieu à de nombreuses controverses. Des observations d'Etienne Bernard, Fouquet, A. Meyer, Brunel, rapportèrent en effet une évolution sévère d'adénopathies froides apparues chez des malades porteurs de maladie pulmonaire traitées par la streptomycine, soit vers la fistulisation soit vers l'ulcération phagédénique, retentissant gravement sur l'état général. En dehors de l'intensité de l'infection locale, ces auteurs notaient une streptomycino-résistance relative des bacilles de Koch retrouvés dans les ganglions. L'inactivité de la streptomycine dans ces formes bacillifères et rapidement

AN ARCHAEOLOGICAL SURVEY

insuffisance qui peut être rapprochée des adénopathies
satellites des abcès de l'encéphale, tiendrait pour E.
Bernard à la pauvreté de la vascularisation ganglionnaire
et à l'imperméabilité du capot à l'antibiotique.

En opposition à ces formes, les arérites isolées de l'enfance
d'évolution plus lente, peuvées en gèrtes, et surtout la
lymphadénite tuberculeuse, semblent réagir de façon plus
favorable à la streptomycine (Lévière, Collaret, Maronnet.)
La relative inefficacité, voire les dangers auxquels
expose l'emploi de la streptomycine par voie générale, a
fait préférer en général l'administration par voie locale
surtout dans les formes apparues ou même fistulisées.
Le succès local de la streptomycine aurait été pour
G. Lévi, à la neutralisation ou à l'atténuation préalable
de pus tuberculeux et dans ce but, l'auteur recommande un
lavage de la cavité ganglionnaire par une solution
stérile de streptomycine de concentration à 2,5 %. Les autres auteurs
pratiquent directement l'injection intra-ganglionnaire
d'une solution de streptomycine, après évacuation du
ganglion ramolli par ponction au séton et observent dans
de nombreux cas une diminution nette du volume du
ganglion et l'absence de cicatrices indurées ou de
fistules (Blanc et Vanni, Coccozza, Chibneff.)

Malgré tout, les résultats de cette thérapeutique

Les résultats de ces essais ont été les suivants :
L'acide para-amino-salicylique employé seul, par voie

interne, a été employé dans les cas suivants :
1° Dans les cas de tuberculose pulmonaire, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
2° Dans les cas de tuberculose osseuse, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
3° Dans les cas de tuberculose cutanée, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
4° Dans les cas de tuberculose génitale, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
5° Dans les cas de tuberculose méningée, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
6° Dans les cas de tuberculose cérébrale, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
7° Dans les cas de tuberculose vertébrale, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
8° Dans les cas de tuberculose péricrânienne, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
9° Dans les cas de tuberculose orbitaire, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
10° Dans les cas de tuberculose nasale, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
11° Dans les cas de tuberculose buccale, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
12° Dans les cas de tuberculose laryngée, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
13° Dans les cas de tuberculose trachéale, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
14° Dans les cas de tuberculose bronchique, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
15° Dans les cas de tuberculose pleurale, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
16° Dans les cas de tuberculose péritonéale, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
17° Dans les cas de tuberculose ovarienne, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
18° Dans les cas de tuberculose utérine, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
19° Dans les cas de tuberculose vésicale, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
20° Dans les cas de tuberculose prostatique, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
21° Dans les cas de tuberculose testiculaire, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
22° Dans les cas de tuberculose épididymaire, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
23° Dans les cas de tuberculose péniennière, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
24° Dans les cas de tuberculose scrofulaire, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
25° Dans les cas de tuberculose ganglionnaire, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
26° Dans les cas de tuberculose lymphatique, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
27° Dans les cas de tuberculose miliaire, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
28° Dans les cas de tuberculose fébrile, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
29° Dans les cas de tuberculose chronique, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.
30° Dans les cas de tuberculose aiguë, il a été employé
à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois.

cas d'adénopathies au stade pré-suppuratif, non fistulisées. Comme on peut le voir, aucune de ces méthodes ne paraît efficace et c'est ce que constate une publication récente de G. Lerasse, J. Robert et G. Chevallier, de Lyon, qui analysent les possibilités et limites du traitement des adénopathies tuberculeuses par les antibiotiques. L'action de ceux-ci leur paraît inconstante puisque sur 105 malades étudiés, on note 24 guérisons, 20 améliorations et 40 cas indifférents. De plus, et c'est là ce qui est à retenir tout spécialement, 21 cas ont été nettement aggravés, présentant une évolution prolongée, d'allure rebelle et récidivante, avec réactivation locale et souvent constitution d'une ulcération extensive, accompagnée d'un syndrome infectieux marqué. Ces formes graves semblent être le résultat de l'association streptomycine-rimifon. Par ailleurs ces deux produits, employés seuls, paraissent les plus actifs : 33 % de guérisons pour la streptomycine

23 % de guérisons pour le rimifon.

Quant au P.A.S. buccal, son action serait nulle ou aggravante. Les auteurs concluent en précisant les indications de ces antibiotiques et conseillent de réserver leur emploi aux formes malignes ou infectantes où l'atteinte générale prime l'atteinte locale - aux formes prolongées d'allure rebelle comportant des lésions locales importantes - aux formes polyganglionnaires ou multifistuleuses -

comme traitement de " couverture " pré et post-opératoire de l'exérèse chirurgicale.

Pareille opinion semble être celle exprimée par J. Blot dans sa thèse étudiant de façon comparative les différentes méthodes de traitement de la tuberculose ganglionnaire externe. Sur 62 malades, un groupe de 21 d'entre eux traité sans antibiotiques montre un coefficient d'efficacité de 96 % (10 guérisons soit 48 % et 10 améliorations nettes soit 48 %). L'autre groupe composé de 41 malades traités par les antibiotiques montre un coefficient d'efficacité de 85,5 % (24 guérisons soit 58,5% et 17 améliorations soit 27 %)

En résumé, il faut conclure, comme le font aujourd'hui la plupart des auteurs, en recommandant de ne pas employer de façon systématique les antibiotiques, en réservant leur emploi comme adjuvant des traitements usuels ou, pour les formes graves et rebelles ne réagissant pas à ceux-ci.

III. LE CORTICOSTATINE PAR LA DEXAMETHASONE ET L'HYDROCORTISONE

(Recherches personnelles.)

L'application thérapeutique des hormones de la surrenale se trouve des glyco-corticoïdes dans les diverses manifestations de la tuberculose pulmonaire, a été guidée par quelques notions que nous rappellerons brièvement. La corticostatine n'est pas seulement une destruction du bacille de Koch, mais aussi la réaction de l'organisme vis-à-vis le microbe et la réponse avec une quasi-constance, une série de lésions inflammatoires non spécifiques, généralement pas influencées par les antibiotiques bactéricides ou bactériostatiques. Par ailleurs, il faut noter un ensemble de manifestations cliniques diverses liées à l'infection tuberculeuse. Or, l'apparition des hormones du groupe glyco-corticoïdes comportant la cortisone et la 17-hydroxycorticostérone ou hydrocortisone, permettant d'ajouter au traitement par les antibiotiques spécifiques, un élément puissant de lutte contre ces deux facteurs.

Le fait que les lésions inflammatoires non spécifiques dans le traitement des lésions tuberculeuses, a été prouvé par des expériences de Klevins et A. Levins, qui, sur le plan pulmonaire, ont montré la destruction focale et péri-focale avec la lésion initiale et les rendent responsables de la plupart des manifestations

cliniques et des modalités de l'évolution.

L'étude expérimentale de l'action anti-phlogistique des corticoïdes sur le syndrome des processus inflammatoires a été réalisée de façon complète par J.D. Kovari qui confirme les premières expérimentations pratiquées par Wassenhagen et Arnheim par E. Balys et par Späth, Tolosa et Haber.

Des différences notables existent contre l'action inhibitrice exercée des glyco-corticoïdes sur les phénomènes inflammatoires s'opposant à l'action favorisée des hormones minérales corticoïdes et de la masse trophique hypophysaire.

Cette action anti-inflammatoire, étudiée sur le granulome inflammatoire obtenu par abcs de fixation chez le rat, serait due pour J. Kovari à une réaction très nette de l'œdème, traduite par une disparition rapide de l'œdème péri-focal, par une inhibition de la vascularisation du granulome particulièrement sous l'effet de l'hydrocortisone, par une inhibition de la formation des fibroblastes et des fibres collagènes.

L'application expérimentale de la cortisone et de l'hydrocortisone aux manifestations tuberculeuses a permis de montrer l'effet (Späth et Balows, Leclaire et Tournier, Lurie, Hines et Evans, MacLeod et Carridge, Lurie, Wassenhagen et J. Kovari) dont les modalités sont différentes pour le

emploi en clinique humaine.

La plupart de ces auteurs proscrivirent, au débat, cette thérapeutique devant la constatation expérimentale d'aggravation et d'extension des lésions tuberculeuses et d'altération des manifestations allergiques.

Or il semble que l'interprétation des résultats expérimentaux ait été faussée par les conditions mêmes de l'expérimentation. La tuberculisation des animaux est en effet obtenue le plus souvent par inoculation assez massive, réalisant un processus infectieux dont l'évolution n'est pas comparable à celle de la tuberculose humaine, et, d'autre part, les doses de cortisone employées se révélèrent être en moyenne dix fois supérieures à celles employées couramment chez l'homme.

D'autres expériences effectuées en particulier par Baudet, Arlet et Delande, à des doses équivalentes à celles employées en clinique humaine et administrées après installation de l'allergie, ont permis à ces auteurs de conclure à l'absence d'aggravation générale ou locale, et ont fait remarquer que l'action de la streptomycine, associée à la cortisone, se trouvait augmentée. Cette discordance expérimentale a été retrouvée sur le plan clinique de nombreuses publications rapportant des aggravations sensibles des lésions tuberculeuses chez des malades

traités par la cortisone pour une autre affection.

Par contre, il semble que les corticoides soient actuellement employés avec succès dans de nombreuses manifestations tuberculeuses et nous rappellerons les communications de Trocmé et Sors, et de l'arquezy, traitant avec succès certains cas de pleurésies sero-fibrineuses chroniques et sans érythème, sans observer d'accidents, ni réactions. Plus récemment, H.P. Flois et J. Guet rapportent leur cas de lymphonévrose pulmonaire traitée par la cortisone et l'A.C.T.H., sans accidents évolutifs. Albert Fernet, et, plus récemment Fontan et Verger ont traité avec succès plusieurs cas d'érythème noueux en rapport avec une primo-infection, par la cortisone.

Quoi qu'il en soit, le traitement d'une manifestation tuberculeuse quelle qu'elle soit, par la cortisone ou ses dérivés, doit être effectué avec prudence, sous une surveillance étroite et doit être associé à une thérapeutique par les antibiotiques spécifiques.

D'autre part, les doses employées devront toujours être réduites et la durée d'administration devra être restreinte au minimum.

C'est dans ces conditions que nous allons exposer maintenant les modalités d'application du traitement des cas de pleurésies tuberculeuses que nous rapportons plus loin les observations.

Nous exposerons maintenant les modalités d'application du traitement tel qu'il a été pratiqué chez les malades dont nous rapporterons plus loin les observations. Dans la majorité des cas (13 cas sur 15), le traitement par la cortisone ou l'hydrocortisone, n'a été institué que sous couvert des antibiotiques spécifiques, le plus souvent P.A. et rimifon associés, par voie orale aux doses habituelles, soit rimifon seul. La suite du traitement diffère selon le stade auquel se présente l'adénopathie.

Au stade de crudité clinique, nous préférons l'emploi de la cortisone par voie générale, à des doses moyennes de 100 à 150 milligrammes par jour, pendant une durée variable selon l'évolution des lésions.

Au stade de ramollissement ou de fistulisation, nous avons coutume de pratiquer l'évacuation préalable du caséum contenu dans le ganglion, par expression de celui-ci, après scarification cutanée franche à son niveau, à l'aide d'un vaccinostyle. Nous faisons suivre cette manœuvre, pratiquée deux à trois fois par semaine, de l'injection intra-ganglionnaire d'hydrocortisone en solution, à la dose moyenne de 25 milligrammes par injection.

Au stade de fistulisation, l'application de pommade à l'hydrocortisone, déjà préconisée en Décembre 1953 par les auteurs lyonnais, a donné d'excellents résultats.

Dans quelques cas (4 cas sur 15) nous avons eu à associer ces différentes méthodes ; soit devant la présence de plusieurs ganglions à des stades différents soit devant la non-régression des lésions sous l'effet d'une seule thérapeutique, soit enfin pour parachever la guérison.

Ceci étant défini, nous allons exposer les observations de quinze malades, présentant dans la grande majorité des adénopathies de siège cervical, à des degrés d'évolution divers, et nous discuterons ensuite les résultats obtenus avant d'en tirer la conclusion.

=====

.... /

OBSERVATIONS

Observation n° 1.

M. ... Fauts, - Hanoï. - Consulte le 13 Avril 1964 pour adénopathie cervicale gauche évoluant depuis deux mois sans signes d'accompagnement, et constituée d'un ganglion rétro-mandibulaire gros comme un œuf de pigeon, et d'un ganglion sous-mandibulaire gauche de volume d'un pois, tous deux étant au stade de crudité.

Cette réaction négative il y a eu un. Pas de notion de contact, d'asthénisme ou de porte d'entrée tuberculeuse. Les examens para-cliniques montrent une cuti-réaction négative, mais une intra-dermo réaction positive à 50 unités, une radiographie pulmonaire normale.

La position ganglionnaire rassène un peu de pus où l'on retrouve des bacilles de Koch.

Le traitement comporte tout d'abord P.A.S et Rimifon par voie orale aux doses habituelles, qui, appliqués seuls pendant quarante jours, n'empêchent pas l'augmentation de volume des deux ganglions qui aboutissent au stade de fluctuation.

On pratique alors l'évacuation du contenu après scarification au vaccinostyle, suivie d'une injection intra-ganglionnaire de 25 mgd hydrocortisone, ceci 2 fois par semaine.

Dès la deuxième semaine, on note une diminution rapide du volume des ganglions et au bout de 6 injections, il ne persiste qu'un ganglion résiduel, dur, et traité d'une nouvelle dose, dont les caractères restent inchangés 3 mois après.

Le résultat de l'incision pratiquée au vaccinostyle est devenu punctiforme et sec.

Observation n° 2.

=====

Ma... Anna, 47 ans. Consulte le 6 Avril 1954, pour adénopathie cervicale gauche évoluant depuis deux mois accompagnée d'un certain degré d'asthénie, et constituée d'un ganglion gros comme une amande, à la partie moyenne de la chaîne jugulaire. Ce ganglion est au stade de ramollissement et la malade signale l'existence d'une adénopathie comparable au même endroit il y a 10 ans, traitée alors par les ultra-violets. Les examens para-cliniques montrent une cuti-réaction fortement positive, une image pulmonaire normale à la radiographie. La ponction ganglionnaire révèle un pus riche en polymorphonucléaires plus ou moins altérés et on ne retrouve pas de B.K à l'examen direct. La culture pratiquée sur milieu de Loewenstein est négative au bout d'un mois. La malade est traitée d'abord par le rifampin par voie orale pendant cinq mois, qui n'empêche pas une légère amélioration de volume du ganglion qui devient comme une noix. On pratique alors des injections locales d'hydrocortisone à la dose moyenne de 25 mgr par injection, 3 fois par semaine. Après 10 injections le ganglion est gros comme une amande, dur. On envisage alors une éventuelle chirurgicale. La malade n'a pas été revue dans le service.

Observation n° 3.

Be. Heywalt. 3 ans. Consulte le 24 Avril 1954 pour une adénopathie cervicale droite évoluant depuis un an environ, sans signes d'accompagnement et constituée d'un ganglion sous-massillaire gros comme un œuf de pigeon et de plusieurs petits ganglions à la périphérie de celui-ci. On ne retrouve aucun pontage facial, et, en l'absence de la tumeur, l'adénopathie serait apparue à la suite d'une rhino-pharyngite.

Les examens para-cliniques montrent une cuti-réaction fortement positive, une radiographie pulmonaire normale, la ponction ganglionnaire révèle un liquide puriforme contenant des polyséculaires très lysés. De nombreux B.K. sont retrouvés à l'examen direct.

On traite alors ce jeune malade au P.A.S. à la dose de 3gr par jour, et au rifon à la dose de 100mg. par jour, pendant deux mois. Ce traitement ne modifie ni le volume, ni la consistance du ganglion.

On associe alors au traitement précédent, la cortisone par voie générale à la dose de 100 mgr. par jour pendant 15 jours.

Après 5 jours de traitement, le ganglion principal a diminué de moitié et atteint le volume d'une amande. Après 10 jours de traitement le ganglion est dur et présente le volume d'une noisette.

Après deux mois après, le volume est inchangé et le ganglion résiduel reste isolé. On poursuit le traitement général par le P.A.S. et le rifon.

Après 6 mois après, le ganglion précédent reste inchangé. On note la présence d'un chapelet bilatéral de petits ganglions cervicaux durs. Récidive ?

On reprend le traitement par la cortisone à la dose de 100 mgr. par jour pendant trois semaines. A la fin du traitement, les ganglions cervicaux ont à peu près tous disparu. Le ganglion initial, sous-massillaire est du volume d'une petite noisette.

Observation n° 4.

Ca... Raymond, - 32 ans. - Consulte le 8 Juillet 1954 pour une polyadénopathie évoluant depuis un an environ, sans autres signes d'accompagnement que des sueurs nocturnes depuis quelques temps et une légère asthénie. Cette adénopathie touche en particulier: les chaînes cervicales droite et gauche, la taille moyenne étant celle d'une noix. - les chaînes spinales et trapéziennes. - les groupes axillaires (Un ganglion gros comme une noix à gauche; polyadénopathie à droite.). - un ganglion épitrochléen gauche. - Quelques petits ganglions inguinaux. Tous ces ganglions se présentent au stade de crudité. Les antécédents sont difficilement précisés et le malade signale l'existence d'une "tache au poulmon" en 1943. Les examens para-cliniques mettent en évidence: une cuti-réaction positive; une vitesse de sédimentation accélérée à 30-60; une adénopathie médiastinale sur la radiographie thoracique. La ponction ganglionnaire ramène un pus contenant des cellules lymphoïdes adultes en voie de lyse, des polynucléaires altérés, quelques cellules réticulaires. La recherche de B.K par la méthode de Lichl est positive. Le traitement entrepris comporte la prise de rifampin à la dose habituelle et la cortisone par voie générale à la dose de 200 mgr. par jour pendant 17 jours, puis 100mgr. pendant 10 jours. Dès le sixième jour du traitement, on assiste à une fonte rapide des différents groupes ganglionnaires et en particulier au niveau des chaînes cervicales (la mensuration du tour de cou montre une diminution de 44 cm. à 41 cm.) 20 jours après, le tour de cou mesure 40 cm., le gros ganglion axillaire gauche est passé du volume d'une noix à celui d'une petite noixette, et les autres ganglions ont pratiquement disparu. Un mois après, les résultats sont inchangés, l'état général est excellent.

Observation n° 5.

Docteur Jean-Louis, 7 ans. Consulte le 2 Août 1954 pour une adénopathie cervicale gauche évoluant depuis un an environ sans signes d'accompagnement. Cette adénopathie est constituée d'un ganglion à la partie moyenne de la chaîne jugulaire du volume d'un œuf de pigeon, au stade de ramollissement, et l'examen retrouve une adénopathie axillaire et inguinale.

La radiographie est positive depuis 18 mois et on note l'existence de contours ou de poches d'entrée tuberculeuses. Les examens para-cliniques mettent en évidence une catarrhéfaction fortement positive, une image thoracique normale à la radiographie. La ponction ganglionnaire révèle un pus ordinaire on l'examen retrouve du caséum, de rares polynucléaires peu altérés, et de nombreux B.K. Le traitement institué en Avril 1954 comportait la prise de 3 comprimés de rifampin chaque jour.

En Août est commencé le traitement par la cortisone par voie générale à la dose de 100 mgr. par jour. -et, l'hydrocortisone en injection intra-ganglionnaire de 25 mgr. trois fois par semaine.

Après 15 jours de ce traitement, le ganglion jugulaire diminue de moitié.

Le traitement est poursuivi pendant 15 jours au début du mois de septembre on observe un ramollissement du ganglion et constitution d'une phlyctène qui oblige à pratiquer une incision au vaccinostyle et le drainage du ganglion.

Cicatrisation rapide sans séquelle cutanée notable sous l'effet de la prise de l'hydrocortisone.

En Octobre, le ganglion précédent est ferme, de la grosseur d'un petit haricot mais on note au dessus de lui l'apparition d'un gros ganglion de la taille d'une noix. On donne alors 200 mgr. par jour de cortisone pendant 8 jours, qui ne modifie pas le volume du ganglion. On arrête le traitement par la cortisone et on donne de 10 à 20 mg. et rifampin par voie buccale pendant trois mois. Le malade revu le 25 Janvier présente une poignée ganglionnaire avec péri-adénite importante comblant la région sous-angulo-maxillaire et sous-mento-mastoldienne gauche.

On traite alors le malade par la cortisone par voie générale à la dose de 150 mgr. par jour pendant un mois. Après le traitement le volume de la masse ganglionnaire a considérablement régressé. Il persiste 2 à 3 ganglions de la taille d'une amande environ.

Observation n° 6

Fe... Gisele - 32 ans - Consulte le 17 juillet 1954 pour une adénopathie sous-angulo-maillaire droite évoluant depuis 3 mois sans signes d'accompagnement. Cette adénopathie est constituée d'un ganglion du volume d'une grosse noix, adhérent légèrement aux plans cutanés. On note dans les antécédents une adénite au même niveau, à l'âge de 15 ans et traitée par la radiothérapie après une période de suppuration ayant duré près d'un an. Les examens complémentaires montrent une cuti-réaction polytenuaire, une radiographie pulmonaire normale, une formule sanguine normale. La ponction ganglionnaire ramène un pus où l'on note la présence de polymorphonucléaires non altérés, de rares lymphocytes et l'absence de B.K. On traite alors cette malade par le P.A.S. et le rifampin par voie buccale aux doses habituelles et par la cortisone par voie générale, à la dose de 200 mgr. pendant 15 jours. Dès le huitième jour du traitement, on note une diminution rapide du volume du ganglion qui devient gros comme une petite noisette, de consistance très dure. Après quinze jours de traitement le volume et la consistance restent inchangés et on pratique pour consolider le traitement une série de 5 injections intra-ganglionnaires d'hydrocortisone. On observe une légère diminution de volume du ganglion qui devient de la taille d'un haricot, dur et fibreux, que l'on peut considérer comme résiduel et non évolutif.

Observation n° 7

Go... Danielle - 10 ans - est vue à la consultation le 12 janvier 1954, pour une adénopathie cervicale droite évoluant depuis deux mois, accompagnée d'un état subfébrile persistant. Cette adénopathie est constituée : d'un ganglion rétro-angulo-maillaire droit, du volume d'une grosse noix, au niveau duquel les téguments présentent un aspect inflammatoire ; d'un ganglion sous-maillaire droit de la taille d'une petite noix. On note dans les antécédents une cuti-réaction négative en février 1953, l'existence d'un état dentaire très defectueux. Les examens complémentaires mettent en évidence une cuti-réaction positive, une accélération de la vitesse de sédimentation à 15-40, une radiographie pulmonaire normale. La ponction ganglionnaire ramène un pus

contenant de nombreux B.K.

La malade est d'abord traitée par le P.A.S et le rimifon par voie générale et l'évacuation du ganglion est pratiquée après incision au vaccino-style. L'enfant, revue trois mois après, présente une grosse cicatrice hypertrophique ne suintant pas. L'apparition d'un ganglion cervical postérieur gros comme une noix et ramollie, fait pratiquer une série d'injections d'hydrocortisone locale. Après 12 injections, le ganglion est nettement diminué de volume et la cicatrice est dur. Un autre petit ganglion sous la cicatrice et dans la région sous-mentale, fait reprendre en février le traitement par l'hydrocortisone locale et le cortison par voie générale, à la dose de 100 mgr. par jour pendant 20 jours. Revue après ce traitement, on note une légère amélioration locale, les ganglions ayant diminué de volume et semblant en voie de régression.

Observation n° 8.

M. Annick, - 7 ans. - est vue à la consultation le 27 avril 1954, pour adénopathie cervicale droite, évoluant depuis un mois environ, sans signes d'accompagnement, et constituée d'un ganglion sous-mavillaire de la taille d'une olive, et d'un ganglion rétro-angulo-mavillaire de la taille d'une noix, au stade de crûte. Cette adénopathie serait apparue à la suite d'une extraction dentaire. La cuti-réaction est positive depuis le mois de Juin 1953. Les examens complémentaires confirment la positivité de la cuti-réaction, et la ponction ganglionnaire ramène un pus lysé où l'on ne retrouve pas de B.K à trois examens successifs, et la culture sur Loewenstein reste négative. Le traitement est d'abord appliqué au ganglion rétro-angulo-mavillaire par des injections locales de rimifon (5 injections) qui provoquent le ramollissement du ganglion et commandent son évacuation après incision au vaccino-style. Le ganglion diminue considérablement de volume, mais on remarque 2 mois après le début du traitement un agrandissement important de l'orifice d'évacuation et un suintement permanent à ce niveau. On pratique alors des applications de pommade à l'hydrocortisone et 15 jours après, la fistule est asséchée et réduite à un orifice punctiforme. Le ganglion sous-mavillaire est traité par des injections locales d'hydrocortisone et de rimifon et après cinq injections, le ganglion, primitivement gros comme une olive, a pratiquement disparu. La malade revue 4 mois après présente un petit orifice fistuleux rétro-mavillaire entièrement asséché et le ganglion se présente sous la forme d'un reliquat fibreux, ténu. Mais on note en dessous de celui-ci l'existence d'un petit ganglion

d'apparition récente, qui fait reprendre le traitement par l'hydrocortisone locale, traitement actuellement en cours dont nous ne pouvons donner encore la résultat.

Observation n° 9.

Ma... Evelyne. - 2 ans - est vue à la consultation le 4 Août 1954, pour une adénopathie axillaire gauche du volume d'un œuf de poule, au stade de ramollissement. Dans les antécédents, on note une vaccination par le B.C.G. par scarification au niveau du bras gauche, à l'âge de 15 jours. Les évènements complémentaires montrent une réaction positive. La ponction ganglionnaire rasène un pus contenant des B.K. L'adénopathie, fluctuante, est évacuée au vaccinostyle et, un mois après, persiste une fistule étendue, suintante, que l'on traite par la pommade à l'hydrocortisone.

On note rapidement un assèchement de la fistule et une diminution considérable de sa surface.

Observation n° 10.

No... Martine. - 2 ans et demi. - est vue à la consultation le 15 Octobre 1954, pour une adénopathie sous-angulo - axillaire gauche, évoluant depuis un mois et demi, envahissant et constituée de deux ganglions dont l'un est fistulisé à la peau, l'autre, du volume d'une petite noix, est au stade de crudité. Traitée au début, dans un autre hôpital parisien, par le rimifon, la streptomycine (24 gr.) puis le P.A.S. buccal, et par une série de 3 ponctions ganglionnaires qui provoquent la fistulisation du ganglion supérieur.

Dans le service la malade est traitée tout d'abord par la terramycine pendant quelques jours, puis l'hydrocortisone en injection intra-ganglionnaires, à raison de deux injections par semaine. On applique sur la fistule de la pommade à l'hydrocortisone. Après 7 injections d'hydrocortisone, on assiste à un arrêt complet de la suppuration et la fistule diminue notablement de surface. Après 7 nouvelles injections, le ganglion fistulisé est dur, du volume d'une petite noisette, la fistule se présente plus qu'un orifice punctiforme, asséché, et le ganglion sous-jacent a diminué de moitié, atteignant le volume d'une pois. On arrête alors le traitement local et, 15 jours plus tard, on note une fermeture complète de la fistule ; le ganglion reste inchangé. Un mois après, excellent résultat local : cicatrice souple, sèche ; le ganglion résiduel a pratiquement disparu.

Observation n° II.

Pr...Yvonne. - âgée de 52 ans. - Consulte le 10 Mars 1954 pour une adénopathie sous-angulo-mavillaire gauche, évoluant depuis deux mois; la cuti-réaction était alors positive, et un examen O.R.L. avait conclu à une adénopathie banale secondaire à une amygdalite. La ponction ganglionnaire pratiquée lors de la première consultation montrait la présence de B.A. dans le pus retiré. On conseille alors l'excision chirurgicale de ce ganglion isolé qui est pratiquée à la fin du mois de Mars : suite très favorable jusqu'en Décembre 1954 où le malade revient consulter devant l'apparition de deux ganglions rétro-mandibulaires droit de volume d'une noix. La ponction ganglionnaire est en évidence de très nombreux B.A.

On institue alors un traitement par la cortisone par voie générale à la dose de 150 mgr. par jour qui provoque après une quinzaine de jours une diminution de moitié du volume des ganglions. On pratique alors une série de 12 injections intra-ganglionnaires d'hydrocortisone qui ne modifient pas le volume des masses ganglionnaires. Le malade revient consulter un mois après la fin du traitement local et présente le 26 Février 1955 un orifice fistuleux suintant au niveau d'un des ganglions rétro-mavillaires. Par ailleurs l'adénopathie n'a pas changé de volume. On reprend alors le traitement par l'hydrocortisone locale à raison de trois injections par semaine et le 8 Mars 1955 l'écoulement fistuleux est presque tari et la masse ganglionnaire a nettement diminué de volume. Après un mois de traitement la malade est revue à la consultation et l'on note un assèchement complet de la fistule qui est presque entièrement cicatrisée et une diminution de moitié de la masse ganglionnaire.

Observation n° I2.

Pr...Annie. - âgée de 26 ans. - vient consulter le 27 Novembre 1954 pour une adénopathie cervicale gauche,

évoluant sans signes d'accompagnement depuis 1 mois environ. Cette adénopathie est constituée d'un ganglion dans la région sterno-mastoïdienne, du volume d'une noix, fluctuant et d'un ganglion rétro-mandibulaire dur et douloureux à la palpation. La cuti-réaction positive depuis 1940 est pratiquée à nouveau et se révèle phlycténulaire, la formule sanguine et la numération globale montrent une leucocytose à 8.400 et une polynucléose à 80 %. La vitesse de sédimentation est normale, et la radiographie pulmonaire montre l'intégrité du parenchyme pulmonaire et l'absence d'adénopathie médiastinale. La ponction ganglionnaire pratiquée à 2 reprises retire un pus où l'examen retrouve de nombreux polynucléaires altérés, quelques lymphocytes, et pas de B.K. La culture sur gélose montre l'absence de germes banaux et la culture sur Loewenstein est négative. Après un traitement une semaine par la terramycine à la dose journalière d'un gramme 50, on observe une légère diminution de volume des ganglions et on pratique une série d'injections intra-ganglionnaires d'hydrocortisone à raison de deux injections de 25 mgr. par semaine pendant six semaines. Après 2 injections, le ganglion supérieur est passé du volume d'une noix à celui d'une noisette dure et indolore, le ganglion inférieur ne s'est pas modifié. Après 10 injections, le ganglion supérieur a pratiquement disparu, et le ganglion inférieur a nettement diminué de volume étant gros à peine comme une noisette. Le traitement est alors arrêté et la malade considérée comme guérie.

Observation n° 13.

Ro... Monique. - 11 ans. - est vue à la consultation le 9 Juin 1954 et présente une adénopathie rétro-mavillaire gauche, du volume d'une noix, dure et indolore, évoluant depuis une quinzaine de jours environ. On note une certaine asthénie et un état sub-fébrile persistant depuis le début de l'affection. La cuti-réaction pratiquée à cette date étant douteuse on pratique une intra-dermo réaction à 50 unités qui se révèle positive. La vitesse de sédimentation est accélérée à 50-80, la radiographie pulmonaire est normale. La ponction ganglionnaire ne retire pas de pus et l'adénogramme est celui d'une adénite inflammatoire.

banale, comportant 50 % de lymphocytes et 45 % de polynucléaires, le Ziehl est négatif. La maladie est traitée par la P.A.S et le rimifon aux doses habituelles par voie orale associés à la cortisone par voie générale à la dose de 150 mgr. par jour pendant 4 jours, puis 100 mgr. par jour pendant la même durée. Dès le quatrième jour on note une diminution de moitié du volume de la masse ganglionnaire et au huitième jour il ne persiste plus qu'un petit haricot dur, fibreux et indolore. On continue le traitement par les antibiotiques pendant 2 mois encore et la malade revie après ce laps de temps présente un état général floride et localement il ne persiste toujours qu'un petit noyau fibreux résiduel qui autorise à considérer la malade comme guérie.

Observation n° 14.

=====

Pa....Chantal.- 3 ans.- est vue à la consultation le 8 Janvier 1955 et présente une adénopathie cervicale bilatérale prédominant dans la région sous-maillaire droite où l'on retrouve un ganglion du volume d'une noix fistulisé, et au dessus de lui un ganglion gros comme une noisette, on retrouve à gauche un petit ganglion carotidien. Cette adénopathie s'est constituée rapidement en Octobre 1954, accompagnée d'une poussée fébrile à 38-38,5 et la cuti-réaction pratiquée à cette date était positive (Cuti-réaction négative en Avril 1954). La malade a alors été traitée en ville par le rimifon, puis par la pénicilline et la streptomycine (15 injections en tout), et a subi une série de 7 ponctions ganglionnaires avec injections locales de rimifon et de streptomycine. Ce traitement a abouti au début du mois de Décembre à la fistulisation du ganglion sous-maillaire droit, et c'est alors que la malade est vue dans le service au début du mois de Janvier. On pratique alors une série d'injections intra-ganglionnaires d'hydrocortisone à raison de 2 injections par semaine (11 injections en tout), le traitement général par le rimifon étant poursuivi. Dès la troisième injection, on note une diminution sensible du volume des ganglions et la fistule commence à cicatriser. Après 11 injections le ganglion principal est devenu gros comme un pois, dur et indolore, la fistule étant en voie de cicatrization. Quinze jours après, arrêt du traitement, la fistule est fermée, sèche et l'adénopathie n'est pas modifiée. La malade est revue le 26 Février 1955 et on note la reprise d'un léger écoulement purulent par la fistule. On reprend le traitement

Observation n° 15.

Ca... Georges. - 3 ans. - est vu à la consultation le 14 Janvier 1955, pour une adénopathie mastoïdienne droite, évoluant depuis un mois environ. Cette adénopathie est au stade clinique de crudité et l'examen retrouve quelques petits ganglions dans le long de la chaîne carotidienne.

La dernière cuti-réaction pratiquée au mois d'Octobre était négative et il faut noter qu'à cette époque la mère du jeune malade avait présenté une adénopathie tuberculeuse de la région cervicale, traitée chirurgicalement.

La cuti-réaction pratiquée le 14 Janvier 1955 se révèle phlyoténalaire et la ponction ganglionnaire ramène un pus mal lié dans lequel l'examen direct ne retrouve ni germes ni B.K. La vitesse de sédimentation est accélérée à 24-32 et la radiographie pulmonaire est normale. L'examen O.R.L. et stomatologique montrent l'absence de chancres d'inoculation bucco-pharyngés.

Le traitement mis en jeu dès le 21 Janvier 1955 comporte l'administration de rimifon et de P.A.S aux doses usuelles et l'injection intra-ganglionnaire d'hydrocortisone à raison de 2 injections de 25 mgr. par semaine. On note dès les premières injections une nette diminution de volume du ganglion et après 12 injections le ganglion principal a disparu. Le traitement est arrêté et le malade revu un mois après ne présente aucune séquelle ganglionnaire ou cutanée et peut être considéré comme guéri.

RESULTATS ET DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Avant d'aborder la discussion thérapeutique des observations que nous venons de rapporter, nous rappellerons à l'occasion de celles-ci que la positivité des réactions tuberculiniques est de règle dans la tuberculose ganglionnaire, que l'examen clinique et radiologique pulmonaire montre dans la quasi-totalité des cas l'intégrité parenchymateuse du poumon, que le diagnostic pourra souvent être confirmé par les données de la ponction ganglionnaire soit par la présence de bacilles de Koch, soit par l'aspect de l'adénogramme dans certains cas.

L'appréciation des résultats est difficile à établir, les critères de guérison étant basés avant tout sur l'évolution locale des lésions ganglionnaires. On peut parler de guérison devant la constitution d'un ganglion résiduel fibreux, mobile, indolore, voire même devant la disparition complète du ganglion initial, ce qui est beaucoup plus rare.

Or ces résultats, valables pour un ganglion traité initialement, ne le sont plus sur le plan général de l'affection lorsque après un délai plus ou moins long après la cessation de traitement, on assiste à l'apparition d'une nouvelle adénopathie atteignant un autre groupe ganglionnaire. Or, nous verrons plus loin que cette éventualité

peut se présenter au cours du traitement par la cortisone. On pourra parler d'amélioration devant la diminution de volume du ganglion initial, la disparition des phénomènes de péri-adénite, ou des lésions de fistulisation. Dans ces conditions, il nous est permis de considérer 10 sur 15 de nos malades comme guéris. Les 5 malades restant ont été améliorés par le traitement ou ne peuvent être considérés comme guéris en raison de l'apparition d'une nouvelle adénopathie trop récemment traitée pour que nous puissions juger du résultat obtenu.

Dans la discussion thérapeutique des observations, nous diviserons celles-ci en trois groupes selon que le traitement appliqué aura été l'hydrocortisone employée seule en injection, la cortisone par voie générale et, enfin, l'association des deux méthodes.

Le traitement par l'hydrocortisone en injection intra-ganglionnaire appliqué selon les modalités exposées précédemment, a été réservé aux formes pauci-ganglionnaires comportant un à deux ganglions se présentant soit au stade de ramollissement (observations n° 1-2-12- et 15) soit au stade de fistulisation (observations n° 8-10 et 14). Les injections pratiquées au nombre total de 10 environ en moyenne à raison de 2 ou 3 par semaine font que le traitement local s'est échelonné entre 3 et 5 semaines, durée relativement brève, si on la compare à celle des autres méthodes thérapeutiques. La tolérance a été parfaite chez tous les malades, aucun accident local

ou général n'étant à rapporter et nous insistons encore ici sur l'importance de de l'aseptie avec laquelle doivent être pratiquées les injections. Dans les formes non fistulisées on peut observer dans la plupart des cas une diminution rapide du volume de l'adénopathie dès les premières injections et une modification nette de la consistance du ganglion qui devient dur et fibreux. Dans certains cas cette évolution a fait discuter l'intérêt d'une exérèse chirurgicale du ganglion résiduel pour éviter une récidive possible. Sur le plan cutané, l'orifice d'injection du produit ne donne lieu le plus souvent qu'à une petite cicatrice punctiforme qui disparaît par la suite.

Dans les formes fistulisées, on associe au traitement par l'hydrocortisone l'application de la pommade à l'hydrocortisone sur la fistule ou l'ulcération cutanée, et on observe l'arrêt rapide de l'écoulement, un assèchement de la fistule qui s'oblitére en laissant une cicatrice souple, non hypertrophique. L'effet de la pommade à l'hydrocortisone a été particulièrement net dans l'observation n° 9, la fistule n'ayant été traitée que par celle-ci. Dans l'ensemble des 6 cas traités, le résultat peut être considéré comme très favorable, tant par sa rapidité que par son efficacité (4 guérisons complètes.) .

L'apparition d'un petit ganglion au-dessus du ganglion initialement traité avec plein succès dans l'observation n° 5, n'a pas permis de parler de guérison complète dans

ce cas.

La cortisone, administrée par voie générale, sous couvert des antibiotiques spécifiques, a été appliquée à trois de nos malades (observations n° 3-4 et 13) présentant des adénopathies au stade de crudité clinique, dans un des cas une paléoadénopathie étendue à toutes les aires ganglionnaires (observation n° 4).

Donnée. Avec les précautions d'usage, à la dose moyenne de 100 mgr. par jour pendant une durée moyenne de 13 jours, la cortisone n'a donné lieu à aucun trouble général ou local. La réaction de l'affection au traitement a été particulièrement spectaculaire dans deux cas (N° 3 et n° 13). Le volume initial du ganglion ayant diminué de moitié après administration de 100 milligrammes de cortisone, pour atteindre en fin de traitement à un petit noyau fibreux résiduel dont les caractères restaient inchangés trois mois après l'arrêt du traitement. L'amélioration se traduit également sur le plan biologique, en particulier sur la vitesse de sédimentation qui redevient normale après une semaine de traitement. La même régularité d'action de la cortisone a pu être notée dans l'observation n° 4, où le malade atteint de polyadénopathie diffuse, a vu diminuer de façon considérable le volume des adénopathies cervicales en particulier, le tour de cou ayant diminué de 3 cm dans ce laps de temps.

L'action de la cortisone dans le cas de ces adénopathies

au stade de crudité clinique semble donc être particulièrement intéressante par la courte durée du traitement et par l'absence de toute manœuvre entraînant des lésions cutanées au niveau des masses ganglionnaires.

L'association des voies d'administration locale et générale a dû être réalisée dans quatre cas.

Dans l'un des cas (observation n° 6), l'hydrocortisone n'a été employée que pour consolider les résultats obtenus par la cortisone.

Dans deux autres cas (observations n° 5 et 7), l'association des deux voies d'administration a été commandée par l'évolution vers la fistulisation de certains ganglions et par la coexistence d'adénopathies multiples, apparues parfois au cours du traitement ou après arrêt de celui-ci.

La cortisone ne semble pas en effet mettre à l'abri de récurrences, ou plus exactement de nouvelles poussées dans un autre territoire ganglionnaire, mais il faut remarquer dans ce cas que la reprise du traitement cortisonique freine l'évolution des nouveaux ganglions dont le volume reste souvent modéré.

Dans ce dernier groupe d'observations, l'action du traitement a été moins démonstrative que dans les groupes précédents, l'évolution se faisant par poussées successives apparaissant après arrêt du traitement et obligeant à de nouvelles cures, mais on ne peut cependant

pas considérer ces cas comme traduisant une aggravation de la maladie, car les nouvelles poussées s'arrêtent, jamais à la fistulisation étendue ou multiple, voire à l'altération extensive que l'on rencontre dans les cas aggravés par les antibiotiques et, de plus, l'état général même lors des poussées, ne présente jamais d'altération grave.

.../...

RESUME ET CONCLUSION

Le traitement de la tuberculose ganglionnaire externe offre, comme nous venons de le voir, de multiples ressources thérapeutiques, multiplicité qui porte en elle-même la preuve d'une relative et inconstante efficacité qui ne rend que plus difficile le choix de la thérapeutique.

Le traitement médical proprement dit, en dehors des règles générales d'hygiène et de diététique, trouve peu d'indications, mis à part l'héliothérapie et la thalassothérapie qui constituent, du reste aujourd'hui, plus un appoint qu'une méthode thérapeutique. Certaines médications, telle l'ypérite à l'azote, sont d'un maniement trop délicat pour entrer dans la pratique courante.

Le traitement physiothérapique comportant essentiellement la Roentgenthérapie associé ou non aux rayons ultraviolets, ne pourra être conseillé qu'avec la certitude d'une application respectant les règles de la sécurité que nous avons rappelées et sera réservé, de préférence, aux adénites de constitution récente et d'évolution torpide.

Le traitement chirurgical comporte des indications plus étendues, mais sera conseillé plutôt dans les formes mono ou pauci-ganglionnaires, bien limitées, au stade de

crudité clinique, l'excérèse étant pratiquée sous couvert des antibiotiques spécifiques et sans drainage post-opératoire. Seule une infection caractérisée des amygdales et des adénoïdes sera une indication à l'amygdalectomie ou l'adénoïdectomie avant l'excérèse ganglionnaire.

Le traitement par les antibiotiques spécifiques ne sera pas appliqué systématiquement, tant en raison de l'inconstance de son action que de la possibilité d'aggravation de l'affection, surtout, semble-t-il, sous l'effet de l'association streptomycine-rimifon. On réservera leur emploi aux formes malignes et infectantes où l'atteinte générale prime l'atteinte locale, aux formes prolongées d'allure rebelle, aux formes polyganglionnaires et multifistuleuses.

L'emploi de la cortisone et de l'hydrocortisone que nous avons étudié plus spécialement d'après quinze observations, semble apporter un appoint important dans le traitement de l'adénite tuberculeuse. Tous les stades de l'affection semblent en effet bénéficier du traitement celui-ci variant selon le stade envisagé. A la période de crudité, on préférera l'emploi de la cortisone par voie générale à des doses moyennes de 100 à 150 milligrammes par jour, administrées avec les précautions d'usage. Au stade de ramollissement et de fluctuation, une évacuation

du caséum ganglionnaire est pratiquée après incision au vaccinostyle, suivie de l'injection intra-ganglionnaire d'hydrocortisone en solution à la dose moyenne de 25 milligrammes, deux à trois fois par semaine. Au stade de fistulisation, la pommade à l'hydrocortisone accélère la guérison locale.

Le traitement ainsi conduit et associé le plus souvent aux antibiotiques spécifiques par voie générale, a donné lieu à une guérison clinique complète et paraissant stable dans 11 cas sur 15. La guérison s'affirme sur le plan ganglionnaire par la présence d'un petit noyau résiduel, fibreux, dur et indolore et sur le plan cutané par l'absence de cicatrices inesthétiques, les fistules elles-mêmes cicatrisant de façon favorable.

D'autre part, le traitement est rapide, d'une durée moyenne de trois à cinq semaines, et n'a donné lieu à aucune intolérance ni à aucun accident. Nous insistons encore à ce sujet sur l'importance de la surveillance médicale au cours du traitement tant local que général.

Enfin, dans les cas qui semblent ne pas avoir abouti à la guérison, il faut noter qu'une amélioration sensible de l'état local ganglionnaire et cutané a été observée, et que, si des poussées évolutives se sont produites après arrêt du traitement, ce fut toujours sur un mode discret

et réagissant bien au même traitement cortisonique.

La cortisone et l'hydrocortisone semblent donc présenter une action efficace, rapide, sans risques notables dans certaines modalités d'application, qui justifie leur emploi dans le traitement de la tuberculose ganglionnaire externe.

Paris, le 18 Avril 1955.

DOCTEUR Julien MARIE
Professeur

Vu le doyen :
signé : L. Binet.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur
de l'Académie de Paris :
signé : illisible

BIBLIOGRAPHIE

Généralités et traitements classiques.

- A. Dufour et J. Brue. - Traité de phthisiologie clinique
Edition Vigot frères, 1953.
- Baton et Raton. - Biologie de la tuberculose initiale
Revue du Praticien, 1952. 2. 32. p. 2121.
- A. Brunel. - Adénopathies cervicales tuberculeuses.
Gazette médicale de France, 1953. 2 Janvier. P. 132.
- A. Richard. - Adénopathies cervicales tuberculeuses.
Revue de tuberculose. I. IV. Mai. Juin 1941
p. 242-301.
- Cl. Choffel. - Traitement des adénites tuberculeuses.
Bulletin médical, Décembre 1952.
- H. Bailey. - Tuberculous cervical adenitis
The Lancet, Février 1948. p. 313.
- J. Ross. - Tuberculous disease of the cervical lymph glands
Edinburgh Med. J. LV. Avril 1953. p. 184.
- Svenson and Small. - Tuberculosis of cervical lymph nodes.
Pediatrics 10 n°2 Août 1952.
- Dowd C.N. - Tuberculosis of cervical lymphatics.
IAMA. 67. 499. - 1916.
- Gaté, Mayoux. - Adénopathies tub. chez l'adulte jeune et
primo-infect. pharyngée.
Journal Médecine Lyon. 5 Juillet 1943. p. 379.
- H. Vetter. - Schweizerische medizinischewochenschrift
Bâle 84. 8 (20/2/1954. p. 237. 260.)
Tub. des amygdales et lymphomes tub. du cou.
- P. Barthelemy. - Etude comparative de l'action de la
physiothérapie et de la radiologie dans
le traitement de l'adénite tub.
Dipl. Radiol. 1951.
- J. Belot. - F. Lepennetier. - Traitement des adénopathies tub.
par les agents physiques
Rev. Actinologie IV p. 113. - 1928

- A.J. Bonan.- Roentgentherapie et U.V dans la tub.ggl.
Thèse Paris 1943 n° 323.
- F.Lepennetier.- Place de la roentgentherapie dans le
trait.des adénites cerv.tub.
Revue med.fr. XVIII Juillet 1942 p.179-
190.
- J.Nebout.- Les rayons U.V dans le trait.des adénites tub.
Thèse Paris 1926.
- J.Lampe.C.P.Chest.- Roentgentherapie concentrée dans la
lymphadenite tub.cervicale.
Am.Journ.med.Sc. CXVII.Juin 1949
p.632-636.
- P.Chevallier.- Quelques maladies du sang traitées par le
gaz moutarde.
Le Sang n°2 -1948.
- J.Besançon.- Les ypérites à l'azote en thérapeutique.
Les medicat.du jour. 1949.
- J.Alexandrowicz.- Curative properties of nitrogen mustard
Le Sang 1950. n° 4.

Les antibiotiques

- J.Sallard.- Traitement des adénites tub.par l'huile de
Chaulmoogra.
Thèse Paris 1952 n° 1088.
- Kefer.- Indicat.resultats et accid.de la streptomycinoth.
Presse médicale 5.12.1947.
- G.Maini.- Tr.local de la lymphodénite tub.par la strepto.
in Abstracts of world med. 1952. 12.6-p.498/
- Chibneff.-Tr.des adénites tub.par la strepto locale.
Thèse Paris 1951 n° 588.
- A.Jevrissen.- Emploi de la trepto dans la tub.gangl.pulm
de l'enfant.
Acta Tub.Belgio.1952. 43.p.371-376.
- Imbert.Chevallier.Bernardin.- Possibilités et limites du
trait.des ad.tub.par les
antibiotiques.
Journal medio.de Lyon.3/54
- P.Blot.- Action comparative des divers trait.des ad.tub.
de l'adulte.
Thèse Paris 1953 n° 999.

Die Medizinische 1954 38 p.1277-1280. Tr; de la tub. ggl.
superfic. par l'INH.

A. Campourey. - INH et adénopathies tub. Tr. local
Concours médical 1953, 43 p. 3552.

Morris and Posser Evans.- Tr. of tub. cervical adenitis
with para-amino-sal-ac.
The Lancet 1951 260 p.6666.

La cortisone

Tutorial, - ACTH et cortisone dans la tuberculose.
Suppl. Rev. Praticien 1951 6 p. 133-137.

A.W. Capon. ACTH et cortisone dans la tub.
Canada med. assoc. 1952, 67/I p.46.

P. Freour et Coll. - ACTH et cortisone ont-elles un rôle à jouer dans le trait. de la tub.
J. de Med. de Bordeaux et S.O Oct. 1954

J. Baudot-J. Arlet. - Cortisone ACTH et tuberculose.
Rev. de rhumato. 1953 8/9, p. 600-617

Coste, P. Bourgeois et Coll. - Action cortisone et ACTH dans
la tub. exp.
Rev. tub. 15 1951 p. 698.

• Action cortisone et ACTH
Rev.tub.1952.16 p. 919.

Vic Dupont. AOTH et cortisone chez les tuberculeux
Soir. de tub. 12.6.1954

Spain and Molonut.- Effects of cortisone in the devlppt.
of tub. lesions in guinea pigs
At. REV. of tub. 67.337 1950

Lemaistre et Dupsett. - Evolution des lésions tub. du cerveau
avec ACTH et cortisone.
Am. rev. of tub. 1951 64 3 p.295

Winner Evans. - Exp.tub.in cortisone treated guinea pigs
Tubercule. 1952 53 p.239-242

Sheldon, Cunnings, Evans. - Proceed of the soc. for exp. biol.
and therap. 1950. 75 p. 616

Jabert, Chevallier. - Traitement des ganglions tub. par la norbade à la cortisone.

Réunion lyonnaise de Pédiatrie. I2/I2/I953

Sors.-Trogué.- Traitement des tub.séruses par ACTH et cortisone.

Rev.tub. 1954.n° 6.p.522.

M.Pestel -A.Ravina.- La part des processus inflammatoires non spécifiques dans l'évolut. des lés. tub.

Pr.méd. 19 Mai 1954

J.D.Romani.- Contribution à l'étude de l'action des corticoïdes anti-phlogistiques dans la dynamique des processus inflammatoires.
Semaine H.P 26 Mai 1954 p. 2143

Spain-Molonut-Haber.- Effect of cortisone on the formation of granulat tissue on mice.

Am.J.of Path.1950 26 p.720

Taubenhaus.- Further studies of the hormonal regulation of granulat tissue formation.

Acta edit(Montréal) 1953 p.97

Fontan et Coll.- Erythèmes noueux traités par la cortisone
Journal médic.Bordeaux.I2/I2 1954.p.1389

=====

